

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 45

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Nicolas FRANGOULIS

Né le 24 Juillet 1906, à IOS (Grèce)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES URÉTRITES
NON GONOCOCCIQUES
(ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION)

Président de thèse : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26. Rue Monsieur-le-Prince, 26

1933

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES URÉTRITES
NON GONOCOCCIQUES
(ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552819_0071

ANNÉE 1933

THÈSE

N°.....

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR
Nicolas FRANGOULIS

Né le 24 Juillet 1906, à IOS (Grèce)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES URÉTRITES
NON GONOCOCCIQUES
(ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION)

Président de thèse : M. LEGUEU, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC
ÉDITEUR
26. Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1933

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESCREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE.

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Professeur sans chaire

FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.
 CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 CUNEO.
 LEJARS.
 GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Léon BERNARD.
 SERGENT.
 MAUCLAIRE.
 MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUIANINE, trie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BROCO Neurologie et Psychiâ-
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT ... Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri..	Hygiène.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils.	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY- RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU- LEMAIRE.	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ..	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	
LEDOUX-LEBARD	
WEIL-HALLE	

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
Stomatologie.	
Education physique.	
Radiologie clinique.	
Puériculture.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEGUEU,
*Professeur à la Chaire de Clinique Urologique
de la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.*

En hommage de notre gratitude
pour le très grand honneur qu'il
nous fit en acceptant la présidence
de cette thèse et pour le précieux
et érudit enseignement urologique
qu'il nous a donné.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ.

AVANT-PROPOS

La médecine actuelle évolue de plus en plus vers une spécialisation, vers une différenciation des diverses branches de la pratique. Le domaine de l'art de guérir — sans compter les sciences dites accessoires dont l'importance est cependant fondamentale — est si vaste que le même homme ne suffit plus pour en embrasser l'étendue. Faut-il dire du bien de la spécialisation, faut-il la désapprouver ou même la combattre ? La question nous paraît oiseuse, et nous pensons que la tendance à la spécialisation est inhérente à la nature, au principe même de la science médicale d'aujourd'hui.

Deux principales catégories de faits dominent la spécialisation : *les techniques* et *les disciplines*. Nul ne peut actuellement connaître toutes les techniques nécessitées par le diagnostic et le traitement des maladies. Ce qui caractérise en premier lieu le spécialiste est la connaissance d'un certain nombre d'instruments de procédés qu'il a appris à manier, à appliquer et qui sont ignorés par le médecin non spécialisé.

Mais il ne faut pas oublier que, en dehors du technicien il y a dans le spécialiste, l'homme d'une discipline

particulière. Il arrive souvent de constater combien l'avis d'un spécialiste, sur bien des questions, est différent de celui du praticien de médecine générale. La cause en est, sans aucun doute, que les idées, même basées sur des faits solides et précis, sont longues à diffuser. Cette différence profonde dans la manière de voir entre la médecine générale et la spécialité est assez manifeste dans le cas qui nous occupe dans ce travail. Devant un écoulement urétral le praticien n'hésite pas à faire le diagnostic de blennorrhagie. Bien souvent, sans examen bactériologique, sans enquête étiologique, tout est attribué au gonocoque et le traitement poursuivi dans ce sens.

Or, depuis la fin du siècle dernier, plusieurs auteurs et non des moindres ont insisté à plusieurs reprises sur la fréquence des urétrites non gonococciques. Depuis longtemps les spécialistes connaissent l'existence de ces « urétrites simples », des écoulements urétraux non-infectieux ou à microbes banaux. Pendant plus de trente ans, cependant, cette notion n'a pu diffuser dans le grand public médical.

Etant donné cet état de choses il ne nous a pas semblé inutile d'insister une fois de plus sur l'existence et la fréquence des urétrites qui surviennent en dehors de l'intervention du gonocoque. Il s'est montré là que la muqueuse urétrale, tout comme les autres muqueuses,

peut être attaquée par n'importe quel microbe et, de fait, on avait isolé de l'urètre une flore extrêmement variée.

Si la question n'avait qu'un intérêt théorique, l'ignorance à son sujet n'aurait pas la même gravité. Mais il faut savoir que le traitement des urétrites non gonococciques est très différent de celui de la blennorragie et bien des cas d'écoulement urétral, persistant sont dûs à la méconnaissance de leur cause.

Après avoir rapidement étudié l'histoire de la question (I) et montré les diverses étapes qu'elle a parcourue, nous exposerons les diverses causes des urétrites non gonococciques (II). Cette étude étiologique nous permettra une classification rationnelle et une étude systématique des formes suivantes : urétrites non-infectieuses (III), urétrites infectieuses (IV), et urétrites post-gonococciques (V). Ensuite, nous insisterons sur l'importance et sur la difficulté du diagnostic (VI), pour montrer enfin l'intérêt thérapeutique de la distinction entre l'urétrite gonococcique et les atteintes urétrales non gonococciques (VII). Enfin, nous citerons quelques observations comme exemple (VIII).

I

HISTORIQUE

Avant l'ère pastoriennne, toutes les inflammations de l'urètre et de l'appareil génital ont été mises ensemble et confondues, avec la plupart des maladies vénériennes, sous le nom de syphilis. Ce fut tout d'abord le mérite des grands syphiligraphes du siècle dernier (Ricord, Lancereaux, Fournier, etc.) d'avoir précisé l'aspect clinique de la syphilis et d'avoir éliminé des cadres de celle-ci la blennorragie et le chancre mou. L'autonomie de la blennorragie fut ensuite prouvée par la découverte que fit Neisser, en 1879, de son agent pathogène le *gonocoque*. Telle est la première étape de l'histoire de l'infection urétrale. Nous sommes encore actuellement sous l'influence prédominante de la découverte du gonocoque et la tendance générale est d'attribuer toutes les urétrites à cet agent pathogène. Ce travail a été conçu précisément dans le but de réagir contre cette tendance trop exclusive.

L'existence d'urétrites non gonococciques a été cependant signalée depuis fort longtemps. En 1883, Bockhart signale une urétrite à staphylocoques.

Peu de temps après, Aubert, consacre une série de publications à l'urétrite non gonococcique, montrant que des germes très variés pouvaient être l'agent déterminant des inflammations urétrales. Ces affections non gonococciques sont appelées des pseudo-blennorragies ou des blennorroïdes. En 1888, Legrain montre que des infections générales peuvent donner lieu à des localisations urétrales, il publie un cas d'urétrite post-typhique. En 1893, Audry insiste sur les mêmes faits chez la femme. A partir de la même année, commence la série des publications de Janet qui, pendant sa longue carrière de spécialiste insistera à plusieurs reprises sur l'existence et l'importance des localisations urétrales non gonococciques.

L'état de la question, en 1894, est résumé dans le travail de G. Barbellion, consacré aux inflammations urétrales non gonococciques. Cet auteur, comme tous ceux qui précèdent insista sur l'atteinte antérieure de l'urètre par le gonocoque. La grande majorité, sinon la totalité des urétrites non gonococciques se développent dans un urètre antérieurement touché par le gonocoque. En somme la notion qui se dégage surtout de toutes ces études, c'est l'importance et la fréquence des infections secondaires dans l'évolution de la blennorragie. Bien que cette notion soit d'une très grande importance, elle est suffisamment répandue pour que nous n'y insistions pas. Ce qui nous paraît avoir une importance bien plus considérable, c'est l'existence d'infections urétrales

d'emblée non gonococciques, c'est l'autonomie absolue de certaines urétrites et surtout les considérations pratiques qui s'en dégagent. Lorsque le traitement de la gonococcie n'avait encore aucun caractère particulier, on pouvait commettre l'erreur de soigner toutes les urétrites de la même façon. Actuellement, les choses doivent être envisagées d'une toute autre façon.

C'est tout au moins l'enseignement des nombreuses publications de Janet qui a édifié et défendu une doctrine de ce qu'il appelle l'*urétrite simple*. La définition de cette urétrite simple est la suivante : « Poussée inflammatoire urétrale, antérieure ou totale, non gonococcique, infectieuse ou non, ne s'accompagnant pas de lésions anatomiques qui caractérisent l'urétrite chronique ».

Tous les auteurs admettent l'existence de cette urétrite simple, les opinions varient seulement quant à sa fréquence par rapport à la blennorrhagie. P. Barbellion les croit au moins aussi fréquentes que l'urétrite gonococcique. D'autres, comme Minet, ne l'admettent que très difficilement, après avoir pris des précautions très minutieuses pour éliminer le gonocoque.

*

* *

Depuis la découverte du gonocoque, des progrès notables ont été réalisés quant à son isolement et sa

différenciation avec d'autres germes. Nous reviendrons plus loin sur les caractères du gonocoque, nous voulons insister ici seulement sur l'existence des microbes qui lui ressemblent morphologiquement au point de mériter le nom de pseudo-gonocoques. Ces microbes furent découverts par Giovannini, puis étudiés par Lustgarten et Mannaberg et surtout plus récemment par P. Barbellion. Ce dernier auteur, comme nous aurons l'occasion d'y revenir, a insisté sur les causes d'erreur auxquelles exposent ces microbes dans l'interprétation des spermocultures.

Un moyen relativement sûr pour trancher la question de la nature gonococcique ou non d'une urétrite est la gonoréaction. Nous en montrerons l'importance dans les pages suivantes.

Nous insistons sur ces questions de bactériologie car le diagnostic des urétrites non gonococciques est actuellement purement sur le terrain bactériologique. Bien qu'il puisse exister souvent des présomptions cliniques, la dernière parole est au laboratoire et sans lui on ne peut se prononcer. On comprend donc que des progrès réalisés dans le domaine de la technique bactériologique puissent influencer sur les idées théoriques.

II

ETIOLOGIE DES URETRITES NON GONOCOCCIQUES

Bien que, selon la conception actuelle, les inflammations reconnaissent une cause infectieuse, il semble bien que certaines d'entre elles, et en particulier les urétrites peuvent être dues à une irritation purement chimique. Nous aurons donc à distinguer d'une part des urétrites chimiques, alimentaires, diathésiques ou peut-être même mécaniques.

D'un autre côté, il y a lieu de distinguer des urétrites de cause externe et de cause interne. Dans les cas où la cause est externe, il s'agit d'une infection venant du dehors ou bien d'une injection de substance toxique irritant pour l'urètre. Parmi ces urétrites de cause externe, de beaucoup les plus fréquentes, il faut donc ranger les cas où l'agent causal de l'inflammation a suivi la *voie ascendante*.

Dans une autre catégorie de cas, l'agent causal vient d'en haut. On sait que le rein assume une fonction éliminatrice des poisons chimiques, des toxines microbiennes et des microbes eux-mêmes. Il se peut donc que les

urines chargées de principes toxiques, déterminent, au niveau de l'urètre, une inflammation. C'est le cas pour l'urétrite des infections générales, des urétrites alimentaires, diathésiques, toxiques, etc.

Dans une autre catégorie de cas, l'urétrite est encore due à un agent ayant suivi la *voie descendante*, mais elle est secondaire à l'atteinte pathologique de la voie urinaire supérieure : rein, uretère, vessie, etc.

L'infection peut également provenir des voies génitales.

*

* *

Nous reviendrons plus loin sur les causes qui sont le plus souvent responsables de l'urétrite simple, mais nous allons insister tout d'abord sur un facteur très important de la maladie, sur la *réceptivité* de l'urètre.

En 1922, Janet a publié une petite enquête étiologique concernant 313 cas d'urétrite simple. 279 de ces cas sont survenus chez des sujets qui ont eu auparavant une blennorragie et 34 seulement évoluèrent chez des sujets jusqu'alors indemnes de lésions urétrales. Sur les 279 cas d'urétrite non gonococcique secondaire, 99 suivaient la blennorragie de près, alors que 190 étaient plus tardives.

La grande fréquence de la gonococcie dans les antécédents des sujets atteints d'urétrite simple permet de

supposer que la lésion antérieure de la muqueuse urétrale prédispose à l'inflammation non spécifique ultérieure.

La réceptivité de l'urètre peut encore être influencée par les *causes occasionnelles* : Janet en releva un grand nombre parmi ses observations mentionnées plus haut. Parmi les causes génitales, il mentionne les excès, le coït interrompu, le coït avec une femme malpropre, le coït pendant les règles ou immédiatement après, parfois même le simple changement de femme. Il insiste également sur les traumatismes locaux, il mentionne l'équitation, les voyages fatigants en chemins de fer, les traitements abortifs de la blennorragie, les manœuvres prophylactiques, etc.

Les causes générales prédisposantes sont : la phosphaturie, le diabète, l'ictère, la grippe, l'eczéma, l'urticaire, l'herpès, l'œdème de Quincke, etc.

*

* *

Que faut-il, en somme, pour qu'une urétrite simple puisse se produire ? Il faut le concours d'un certain nombre de circonstances qui peuvent être résumées de la façon suivante :

a) réceptivité de l'urètre, acquise presque toujours grâce à une atteinte antérieure de la muqueuse par le gonocoque;

b) fléchissement momentanée de la résistance de l'urètre grâce à une des causes occasionnelles énumérées plus haut ;

c) intervention du facteur causal direct : irritation mécanique, chimique ou infection microbienne.

C'est à dessein que nous avons laissé de côté l'étude détaillée de ces dernières causes sur lesquelles nous reviendrons dans chaque chapitre.

*

* *

Nous pourrions classer les urétrites non gonococciques en urétrites de cause externe et en urétrites de cause interne. Cependant, du point de vue essentiellement pratique, il nous paraît plus simple de traiter successivement des urétrites non infectieuses, des urétrites infectieuses et enfin des urétrites immédiatement secondaires à une gonococcie. Etant donné que le traitement dans ces trois cas obéit à des directives très différentes, cette division nous a paru plus rationnelle.

III

LES URETRITES NON INFECTIEUSES

L'irritation amicrobienne, mécanique, chimique, toxique ou alimentaire de l'urètre peut se manifester par le même tableau clinique qu'une inflammation microbienne.

Quelle est en effet le déterminisme du syndrome clinique de l'urétrite? Une substance étrangère provoque en même temps que la desquamation de la muqueuse, une vasodilatation qui aboutit à l'exsudation d'un liquide séreux et à la diapédèse. Telle est l'origine de l'écoulement urétral. A un degré moindre, il y a seulement exagération de la sécrétion muqueuse de l'urètre. Les douleurs proviennent de l'action directe de la substance irritante sur les terminaisons nerveuses et aussi de la congestion qui agit sur les tissus environnants.

Il est certain que tous ces symptômes peuvent être provoqués par l'action de toutes les substances irritantes : antiseptiques trop concentrés, divers corps toxiques éliminés par l'urine : alcool, cantharide, iode, phosphore.

Les urines trop alcalines semblent bien être un facteur important de l'urétrite (Barbellion). Ainsi, l'eau de Vichy, les bicarbonates peuvent à eux seuls déterminer des urétrites.

Des cas curieux ont été signalés à cet égard par Dietel. Cet auteur rappelle que certains *gaz de combat* agissant avec électivité sur les muqueuses ont pu déterminer des urétrites chimiques. Il signale également de véritables nécroses de la muqueuse à la suite d'injections de sublimé faites jusqu'au taux de 1 p. 100. Mais les observations les plus récentes faites en Allemagne concernent les urétrites déterminées par l'emploi de certaines *substances anticonceptionnelles* qui y sont si répandues. L'inflammation urétrale aurait été vue même à la suite de l'usage du vinaigre qui est l'anti-conceptionnel le plus primitif.

Parmi les urétrites non infectieuses, certaines semblent être dues plus à un *traumatisme mécanique* de la muqueuse qu'à l'action chimique proprement dite. Nous rangeons dans cette catégorie les urétrites par excès génitaux, par cathétérismes répétés et surtout ce qu'on appelle actuellement des *urétrites cristalluriques*.

J. E. Marcel a fait récemment une étude d'ensemble de ces derniers cas et il semble bien que ces urétrites cristalluriques englobent une grande partie des urétrites dites *diathésiques*. Le passage dans l'urine de cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux, d'urate de soude, de phosphate de chaux semble déterminer au

niveau de la muqueuse urétrale des microtraumatismes, en dehors de l'irritation certaine qu'il détermine. Il semble, en outre, que le sperme est capable de contenir également de ces cristaux, tout au moins certains d'entre eux. (Legueu et Fisch).

Cependant, malgré l'importance qu'elles ont, ces urétrites cristalluriques n'épuisent pas toutes les lésions urétrales d'origine diathésique. Le diabète, la goutte, les rhumatismes chroniques peuvent donner lieu à des inflammations, en dehors de la présence de cristaux dans l'urine.

Il est évidemment possible que ces urétrites non infectieuses se compliquent secondairement d'un élément microbien. Il en est surtout ainsi dans l'urétrite cristallurique qui, par des petits traumatismes qu'elle détermine, provoque d'une part les hémorragies et ouvre, d'autre part, la voie à l'infection.

*

* *

Bien que les causes de l'urétrite non infectieuse soient nombreuses, il en est qui surviennent le plus souvent et qui en constituent la grande majorité. Parmi celles-ci, la première place revient aux urétrites dues à une injection médicamenteuse trop forte, ce que Cathelin appelle l' « urétrite des peureux ». Il s'agit de sujets qui, après un coït plus ou moins suspect se font une

injection préventive d'antiseptique trop concentré : permanganate de potasse, argyrol, nitrate d'argent, voire même de sublimé, d'eau de Cologne, etc. Il se produit alors un écoulement qui est pris par le malade comme le commencement de la blennorragie tant redoutée, ce qui fait encore redoubler de zèle dans l'administration du médicament.

C'est là, incontestablement, le type même de l'urétrite non infectieuse. Elle débute sans période d'incubation appréciable et se caractérise uniquement par un écoulement séreux, clair, plus ou moins abondant. Le plus souvent il existe en outre une douleur dont l'intensité est extrêmement variable. L'évolution se fait bien entendu sans complications, à condition qu'il ne s'y ajoute pas une infection. L'urétrite persiste tant qu'on n'en supprime pas la cause, en cessant tout traitement local.

Le problème diagnostic posé par ces urétrites dont la cause apparaîtra dès qu'on interroge le malade est évidemment plus simple que dans le cas où la maladie a apparu sans cause précise. Ce sera le cas chaque fois que l'irritation urétrale est due à une cause interne. Sachons que les mois d'été pendant lesquels l'urine est plus concentrée du fait de la transpiration, ces urétrites sont plus fréquentes (Janet). Deux éléments aideront à faire le diagnostic exact : l'enquête permettant de savoir si le malade a une maladie diathétique ou non, si un coït suspect justifie le soupçon d'une blennorragie

ou non et surtout l'examen microscopique des urines. Nous reviendrons sur cet examen dans un des chapitres ultérieurs, consacré aux difficultés du diagnostic des urétrites non gonococciques.

*

* *

Un autre point à préciser est la proportion des urétrites non infectieuses par rapport aux urétrites microbiennes non gonococciques. La statistique de Janet qui comprend, comme nous l'avons déjà dit, 313 cas, compte 259 urétrites irritatives à côté de 58 seulement d'infectieuses. Ces chiffres montrent la fréquence infiniment plus grande des inflammations urétrales non infectieuses par rapport aux infections.

IV

LES URETRITES INFECTIEUSES

Bien que moins fréquentes que les urétrites irritatives, les urétrites infectieuses non gonococciques ont une importance considérable à cause des erreurs diagnostiques auxquelles elles exposent le clinicien même le plus averti. Nous avons déjà parlé de cette opinion très répandue dans le monde des praticiens, qu'infection urétrale équivaut à une gonococcie.

Pour combattre cette opinion, il faut d'abord insister sur deux ordres de faits :

a) L'urètre, comme n'importe quelle muqueuse de l'organisme peut être atteinte au cours d'une infection générale et se manifester alors par un écoulement et une douleur urétraux ;

b) Un très grand nombre de microbes, venant de l'extérieur ou végétant dans l'urètre normal comme saprophytes, peuvent déterminer sous des influences variées l'infection urétrale.

*

* *

Nous n'envisagerons dans ce chapitre que les urétrites apparues indépendamment d'une blennorragie. Celles qui sont secondaires à une gonococcie seront traitées dans un chapitre ultérieur.

Une première catégorie de ces urétrites apparaissent, comme nous venons de le dire, au cours des infections générales. On a noté parmi les infections capables de déterminer de telles complications : la fièvre typhoïde, la grippe, les oreillons, le paludisme, etc. Nous n'insistons pas sur ces faits, bien que le médecin doivent les connaître afin de ne pas les confondre avec une blennorragie ayant apparu au cours d'une infection générale.

Dans un second ordre d'idées, l'infection, sans être générale, vient néanmoins de l'organisme lui-même et non pas de l'extérieur. Le plus souvent il s'agit d'une infection d'origine *rénales*. Les diverses infections rénales pouvant donner lieu à une urétrite ont été récemment en revue par O. Mercier (de Montréal). Cet auteur insiste avant tout sur la tuberculose, sur l'infection colibacillaire et sur le staphylocoque. A vrai dire, il faudrait, là encore, distinguer deux cas :

1° Le rein n'est pas malade, il élimine seulement des microbes vivants ;

2° Le rein est atteint d'une affection cliniquement manifeste (colibacillose, tuberculose rénale).

En dehors du rein, l'infection peut provenir des *voies génitales*. C'est ainsi que la prostatite ou l'épididymite peuvent secondairement déterminer une infection de la muqueuse urétrale. Le fait a été signalé pour les tuberculoses génitales de l'homme (la blennorrhée tuberculeuse de Ricord), pour les prostatites et épididymites à colibacilles et à staphylocoques (Bolognesi et Redi). P. Barbellion a insisté récemment sur les caractères cliniques de l'urétrite tuberculeuse qu'il faudra soupçonner chaque fois qu'on ne trouve aucun germe caractérisé dans le liquide d'écoulement.

Dans une troisième série de cas l'urétrite semble être due à l'*exaltation de virulence* des microbes saprophytes de l'urètre. Ceci nous amène à considérer un peu la flore normale de l'extrémité inférieure du tractus urinaire.

Les principaux auteurs qui étudièrent les microbes de l'urètre normal sont Lustgarten et Manaberg (1877), Legrain (1888) ; Rovsing (1888), Petit et Wassermann, Bumm, Risi, etc. D'après les travaux de ces auteurs, il semble que dans un certain nombre de cas l'urètre est stérile (8 sur 30 cas de Rovsing). Lorsqu'il y a des microbes, les plus fréquents sont : le staphylocoque, le streptocoque et des diplocoques dont la morphologie et les caractères tinctoriaux furent très discutés. Lustgarten et Manaberg semblent avoir trouvé au niveau de l'urètre des

diplocoques, ressemblant au gonocoque, ne se colorant pas par le Gram, microbes que ces auteurs ont dénommé des pseudo-gonocoques. Ils seraient dépourvus de tout pouvoir pathogène. Petit et Wassermann n'ont pas pu retrouver ces pseudo-gonocoques et ils n'ont constaté l'existence que de sarcines qui se colorent par le Gram et dont un grand nombre de caractères se distinguent nettement de ceux du gonocoque. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Tous les auteurs signalent en dehors des microbes banaux de toutes les surfaces muqueuses de l'organisme une flore particulière à l'urètre. Ceci comprend le *diplococcus subflavus* de Bumm, le *Micrococcus citreus conglomeratus*, le *micrococcus ochroleucus*. Le bacille du smegma, acido-résistant se trouverait également souvent dans l'urètre. D'après Rist, le sillon balano-préputial comprend une flore abondante qui émigre volontiers dans l'urètre et dans laquelle les anaérobies sont nombreux : *perfringens*, *faetidus*, *nebulosus* et *ramosus*.

On a signalé également au niveau de l'urètre l'existence d'un treponème : *treponema uretrale* et de nombreuses levures.

On conçoit que l'exaltation de virulence de ces germes peut déterminer une réaction inflammatoire de la muqueuse. Bien qu'il soit très difficile de savoir si les microbes trouvés dans un écoulement urétral sont des saprophytes exaltés ou des microbes venus de dehors on peut néanmoins supposer que les cas publiés d'uré-

trite à tétragènes (Erdman), a entérocoques (Lavenant), à tréponème urétral (Matta), etc., sont dûs à une exaltation de virulence. C'est tout au moins l'origine de l'infection. Chez un autre, car ces cas peuvent être parfaitement bien contagieux, l'infection vient du dehors, grâce à la contagion vénérienne.

*

* *

P. Barbellion distingue des urétrites infectieuses non gonococciques à germes fréquemment rencontrés : colibacille, staphylocoque, et des germes exceptionnels : entérocoque, tétragène, tréponème, champignon, même des parasites animaux comme des trichomonas.

Il faut savoir que quelle que soit l'origine de l'infection dans le premier cas, la transmission de ces urétrites est possible par la voie vénérienne. Le malade atteint d'urétrite non gonococcique *peut être contagieux*. Ce n'est généralement pas le cas dans les urétrites secondaires dont nous parlerons au chapitre suivant. On a souvent retrouvé, dans les cas primitifs, la même flore microbienne chez des conjoints atteints d'urétrite et qui se sont contaminés.

L'origine de ces infections est souvent la pullulation des microbes au niveau du vagin. Cette pullulation est surtout marquée après les règles d'où la fréquence des contaminations pendant les jours qui suivent celles-ci.

Les particularités de l'urètre féminin, sa brièveté, son abouchement à un endroit particulièrement septique et ses rapports plus étroits avec l'anus expliquent la fréquence de l'infection colibacillaire chez la femme. Il semble, en effet, que ce microbe soit fréquemment la cause d'urétrites et de cystites. (Folsom).

Quelle est l'évolution de ces urétrites infectieuses non gonococciques ? La grande majorité d'entre elles tournent court dès le début et, après une atteinte passagère de l'urètre antérieur, la guérison ne tarde pas à survenir. Ainsi, sur 313 cas, 286 se sont bornés à une urétrite antérieure (Janet). Quant à l'acuité de l'évolution, les proportions sont les suivantes :

12 très aigus,
263 moyens,
38 très légers.

Y a-t-il des complications dans les urétrites non gonococciques ? Si dans la plupart, l'évolution se fait vers la guérison sans complications, dans un certain nombre de cas, des complications génitales peuvent survenir. Ainsi, Lavenant nous apprend que les urétrites à entérocoques donnent souvent des épидidymites et des funiculites. D'après Basset et Poincloux, il en est de même pour les infections à colibacilles. Ce qui semble faire défaut ce sont les complications générales si redoutables de la blennorrhagie ; rhumatismes, arthrites suppu-

rées, endocardites, complications oculaires, etc. Il est nécessaire de distinguer des complications vraies les cas où l'urétrite elle-même est la complication d'une affection locale ou générale : urétrite consécutive à une prostatite ou à une épididymite (Noguès).

Le *passage à la chronicité* est-il fréquent ? D'après la plupart des auteurs, il est possible, mais plus rare que dans la blennorrhagie. Par contre, lorsqu'il existe, l'urétrite chronique résiste à tous les traitements. D'après v. Zumbusch, l'urétrite chronique non gonococcique est souvent due à une petite végétation de la muqueuse, papillome ou prolifération du *veru montanum* qu'il faudra rechercher par l'urétroscopie et cautériser.

D'après P. Barbellion, les urétrites chroniques d'emblée sont fréquentes et elles doivent réveiller l'idée d'une suspicion de tuberculose. Nous verrons plus loin une de ses observations illustrant cette notion d'un exemple net.

✱

* *

L'urétrite non gonococcique est-elle *contagieuse* ? La question a été beaucoup discutée au Congrès Français d'Urologie de 1897. La plupart des auteurs : Eraud, Noguès, Janet répondirent par l'affirmatif quant à la majorité des urétrites infectieuses. Eraud supposa même que certaines urétrites non microbiennes pouvaient se

transmettre par la voie vénérienne. Nous ne concevons pas de quelle façon une affection non microbienne pourrait être contagieuse.

Janet a retrouvé souvent la même flore dans des urétrites non gonococciques chez les conjoints. Il semble donc démontré que la transmission soit possible. Dans certains cas tout au moins (et il en semble être ainsi de l'entérocoque) la contagion n'existe pas.

Certaines femmes malpropres, à flore vaginale particulièrement abondante et variée peuvent déterminer chez l'homme, par la voie vénérienne une urétrite, sans qu'elles-mêmes présentent la moindre maladie. Il s'agit-là d'un microbisme exalté au niveau d'un tissu qui n'est pas habitué à ces micro-organismes. Dans d'autres cas, un simple changement de femme donc un changement de flore vaginale suffisent pour déclencher chez l'homme une inflammation urétrale.

Tels sont les principaux faits relatifs à l'urétrite infectieuse non gonococcique. Nous pensons avoir montré avec des faits valables à l'appui que de telles urétrites existent et peuvent être dues à des microbes variés.

Dans le chapitre suivant, nous traiterons rapidement des urétrites post-blennorragiques.

LES URETRITES SECONDAIRES

Ces urétrites, survenant après une atteinte gonococcique antérieure de la muqueuse sont plus nombreuses que les urétrites primitives. D'après P. Barbellion, elles constitueraient 70 p. 100 des urétrites non gonococciques. La statistique de Janet permet une étude analytique de ces cas. Cet auteur distingue parmi les urétrites post-gonococciques (au nombre de 279 sur une totalité de 313 cas) des immédiates et des tardives. On compte 89 cas immédiats et 190 tardifs.

Il est, d'après ce que nous pensons, nécessaire de distinguer ces deux catégories d'urétrites, car les immédiates sont des infections secondaires de la blennorragie, alors que les tardives sont des cas autonomes où la gonococcie antérieure n'a joué que le rôle préparant du terrain.

*

* *

On connaît depuis longtemps l'importance des infections secondaires dans l'évolution de la gonococcie. Cette

question sort complètement du sujet de notre travail, aussi nous y insisterons peu. Dès la phase chronique de la blennorragie apparaît dans l'urètre une flore abondante, mono ou polymicrobienne. Son apparition est hâtée par un traitement local prolongé, par des cathéterismes fréquents, etc. Or, il est très facile de s'imaginer que cette flore persiste souvent après la disparition des gonocoques et détermine des accidents pour son propre compte. Telle est, croyons-nous, l'explication des urétrites non gonococciques immédiates.

Tout autrement s'expliquent les urétrites tardives. Il s'agit-là du développement d'une nouvelle urétrite sur une muqueuse transformée par le gonocoque. Nous avons dit plus haut qu'il fallait un amoindrissement préalable du terrain pour que des microbes banaux puissent déterminer une inflammation urétrale. Or, parmi les facteurs de cet amoindrissement, le gonocoque joue un rôle de tout premier plan.

Quant à leur évolution, leur diagnostic et leur traitement, ces urétrites secondaires ne se distinguent en rien des urétrites primitives. Le médecin aura tendance de les considérer comme gonococciques, pensant qu'une première atteinte prédispose à la récurrence. En fait, la muqueuse urétrale devient moins résistante après une atteinte par le gonocoque : l'épithélium cylindrique se trouve remplacé par un épithélium plat dont les propriétés de défense sont à peu près nulles. Un tel sujet aura autant de chances de contracter la blennorragie

qu'un sujet vierge, puisque celle-ci ne survient qu'en présence du gonocoque. Par contre, une muqueuse tarée pourra beaucoup plus facilement contracter une inflammation banale microbienne ou non. Nous pensons, à la suite de ce que nous venons de dire qu'un sujet ayant eu une ou plusieurs blennorragies sera beaucoup plus exposé à une urétrite non gonococcique qu'un sujet normal. Par contre, les risques d'une blennorragie seront chez lui les mêmes que chez un individu jusque-là indemne de toute atteinte par le gonocoque.

DIFFICULTES ET IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC
DES URETRITES NON GONOCOCCIQUES

Pour pouvoir soutenir qu'une urétrite n'est pas due au gonocoque, comme le veut la routine médicale, il faut s'armer de toutes les précautions. Nous allons tout d'abord insister sur les différents points du diagnostic, puis nous tâcherons d'en montrer l'intérêt particulier.

Il y a dans ce diagnostic des éléments de présomption et des éléments de certitude. Les éléments de présomption sont: les conditions de survenue de la maladie précisées par l'interrogatoire et les caractères cliniques de l'urétrite. Les éléments de certitude sont d'ordre bactériologique: examen de l'écoulement, spermoculture, gono-réaction.

*

* *

Il n'existe pas de caractère clinique absolu qui permette de faire le diagnostic d'urétrite non gonococcique.

En principe, l'urétrite blennorragique apparaît après une incubation d'au moins 3 jours et on retrouve à son origine un coït plus ou moins suspect. L'écoulement est franchement purulent, jaune, épais, tache le linge et s'accompagne d'une douleur très marquée au moment de la miction. Le méat et le gland sont rouges, œdématisés, l'urètre est douloureux à la pression.

On pourrait dire que schématiquement l'urétrite non gonococcique s'oppose à ces caractères par : une incubation courte, souvent absente, elle n'a pas forcément un coït comme origine ; l'écoulement peut être clair, filant, blanchâtre, grumeleux, mal lié, etc. Les parties avoisinantes sont généralement moins atteintes et la douleur est légère.

Cette opposition est évidemment beaucoup trop schématique. Il est des urétrites non gonococciques qui peuvent simuler point par point la blennorragie. L'aspect clinique est donc insuffisant pour porter un diagnostic d'urétrite simple. Les éléments de présomption les plus importants sont (en dehors des caractères énumérés ci-dessus) : la notion d'une application chimique sur l'urètre ; l'existence d'une diathèse avec cristaux dans l'urine ; le diabète, le colibacillose, etc.

Les éléments de certitude sont constitués par l'examen bactériologique de l'écoulement par l'examen microscopique des urines, par la spermoculture et enfin par la gonoréaction.

En examinant une lame colorée à la méthode de Gram, on peut faire le diagnostic de gonococcie dans les cas nets. La préparation fourmille de diplocoques en grain de café intracellulaires, ne prenant pas le Gram. Dans les cas douteux, l'examen direct ne suffit pas, il faut faire une culture. P. Barbellion a insisté récemment sur les causes d'erreurs auxquelles expose la présence fréquente dans l'urètre du pseudo-gonococque. Seule la culture sur milieux différentiels permet la distinction.

Voici, en résumé, d'après Barbellion, les caractères distinctifs des deux microbes :

<i>Gonocoque</i>	<i>Pseudo-gonocoque</i>
<i>Aspect de la culture</i> translucide, visqueux, opalescent.	opaque, grumeleux, non visqueux.
<i>Morphologie</i> taille égale. éléments dissociés. Gram négatif.	tailles variées, éléments agglomérés. Certains ont une tendance à prendre le Gram.
<i>Se cultive que sur milieux spéciaux.</i>	<i>Pousse en 24 heures sur milieux ordinaires.</i>
Ne pousse pas sur gélose adragante.	Pousse sur gélose adra- gante.

Dans de nombreux cas, ces caractères différentiels ont permis de rectifier un diagnostic erroné de présence de gonocoque dans une culture où, en réalité, il n'y en avait pas.

L'examen microscopique et chimique des urines permettra de rechercher les cristaux qui sont souvent responsables d'une irritation urétrale.

Enfin, une *gono-réaction* négative permet d'affirmer avec certitude que le gonocoque n'est pas en cause.

Voici ce que Canoz nous donne comme résultats en ce qui concerne la sensibilité de cette réaction.

« Dans la gonococcie aiguë, la gono-réaction pratiquée avec un antigène polyvalent sélectionné non chauffé permet d'obtenir après la troisième semaine 94 % de résultats positifs (le résultat positif le plus précoce ayant été constaté au neuvième jour de l'affection). Même à la période aiguë de la blennorragie, où le diagnostic est évident, la réaction est loin d'être sans intérêt, car elle permet de mesurer le degré de l'infection et de suivre ainsi l'évolution plus ou moins favorable de la maladie.

Dans la gonococcie ancienne la gono-réaction, pratiquée avec un antigène polyvalent sélectionné, non chauffé, permet d'obtenir 94 % de résultats positifs, *et, dans les cas où la blennorragie n'est pas en cause, la réaction répond par un résultat négatif 98 fois sur 100* ».

On nous demandera maintenant quel est l'intérêt de diagnostic. Il y en a plusieurs. D'abord celui de pouvoir rassurer le malade qu'il n'a pas la blennorragie

qui est toujours considérée comme honteuse. Dans certains cas on pourra même affirmer la non contagiosité de la maladie et son pronostic plus favorable. D'autres fois, l'élimination de la blennorragie permettra de résoudre de petits drames de jalousie déclenchés par l'apparition inattendue d'un écoulement urétral. N'oublions pas enfin l'orientation de la thérapeutique qui est toute autre s'il s'agit d'une blennorragie ou d'une urétrite non gonococcique.

VII

ORIENTATION THERAPEUTIQUE

Bien que nous soyons encore loin d'avoir un traitement spécifique de la blennorragie, il importe néanmoins de ne pas appliquer le même traitement à toutes les urétrites qu'elles soient gonococciques ou non.

La thérapeutique à mettre en œuvre dans les derniers cas est très différente selon qu'il s'agit d'une urétrite chimique de cause externe, d'une urétrite toxique de cause interne, d'une urétrite infectieuse interne ou externe.

1° Les urétrites chimiques de cause externe sont justiciables d'une abstention thérapeutique. On supprime les injections d'antiseptiques que certains remplacent par une solution physiologique (sérum salé, sérum de Quinton, solution cytophylactique de Delbet, etc.). Le traitement interne consiste en tisanes ou eaux minérales diurétiques et calmantes.

2° Dans les urétrites toxiques, alimentaires, diathésiques on doit commencer par supprimer la cause : on combat l'intoxication, on donne des eaux minérales aux arthritiques, on traite le diabète, etc. Le traitement local doit être nul.

3° Dans les urétrites infectieuses de cause interne, il est indispensable de soigner l'infection générale, génitale ou urinaire, avant de songer à l'urétrite. Les désinfectants urinaires, la vaccinothérapie, la protéinothérapie, les divers traitements de la tuberculose trouvent ici leurs indications respectives.

4° Le plus difficile à traiter est incontestablement l'urétrite infectieuse de cause externe. Les uns ont recours au traitement local : lavages à l'oxycyanure de mercure, à l'argyrol, à l'acétate de zinc, à l'ichtyol, etc., Crayons de nitrate d'argent, de protargol, d'oxyde de zinc. On a encore préconisé l'albargine, la glycérine, le lipiodol ; l'eau d'alibour, l'acide picrique, etc.

Là multiplicité des moyens proposés montre que le traitement de ces urétrites est parfois assez difficile. Lorsque ces urétrites passent à la chronicité, v. Zumbusch recommande l'urétroscopie qui montrera la cause qui empêche la cicatrisation de l'urètre.

En dehors des procédés locaux, on peut mettre en œuvre la protéinothérapie, la vaccinothérapie par stock-vaccin ou auto-vaccin. Les résultats sont toujours incertains. Bien que Guyon ait insisté autrefois sur les remarquables qualités de défense de la muqueuse urinaire, il nous semble que les nombreux replis, glandes, orifices prostatiques et éjaculateurs rendent particulièrement difficile la lutte contre les microbes dans la partie terminale de l'appareil urinaire.

*

* *

Il n'est nullement douteux, d'après ce qui vient d'être dit que la distinction entre urétrite gonococcique et non gonococcique est très importante dans la pratique urinaire. Les urétrites relevant d'une des nombreuses causes étudiées plus haut ont chacune un caractère spécial, évoluent différemment et surtout, ce qui importe pour le médecin, comportent des sanctions thérapeutiques différentes.

VIII

OBSERVATIONS

Observation n° 1 (Janet)

Jeune étudiant, sans blennorragie, coït dans la nuit du 7 au 8 mai 1895, après excès de toute sorte.

Le 9 mai, au matin, goutte blanchâtre muco-purulente avec démangeaisons urétrales.

Examen microscopique : nombreux leucocytes bordés de bacilles fourmi (bactérie courte de deux éléments ovalaires très séparés ne prenant pas le Gram).

L'urètre postérieur est indemne.

Observation n° 2 (Lavenant)

H..., 36 ans, n'a jamais eu de blennorragie, vient consulter pour écoulement léger, Goutte grisâtre visqueuse, peu abondante, filaments lourds dans le premier verre.

Pas de gonocoque. — Le malade a eu des rapports avec sa femme à la fin des règles.

Traitement : argyrol, uraseptine. — Guérison en un mois.

Observation n° 3 (Lavenant)

L..., 32 ans, entre à l'hôpital pour douleur inguinale droite.

C'est une douleur prenant naissance au niveau de l'hémi-scrotum droit et irradiant dans le bas-ventre.

Pas d'écoulement, pas de troubles urinaires.

N'avait jamais eu de blennorragie.

Le cordon du côté droit est douloureux, gros. — Rien à l'épidydime, ni au testicule ; prostate un peu grosse.

Dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital apparition d'un écoulement transparent, gluant.

Examen microscopique : diplocoques abondants, extra-cellulaires, prenant le Gram. Les caractères précisés par culture correspondant à ceux de l'entérocoque.

Guérison au bout de quelques jours sans aucun traitement.

Observation n° 4 (Janet)

Jeune homme, 18 ans, quelques jours après le premier coït, s'aperçoit d'un écoulement purulent de l'orifice préputial très étroit.

Traité pendant 15 jours pour blennorragie, sans aucune amélioration.

L'examen montre un écoulement purulent jaune-verdâtre abondant qui sort de l'orifice préputial œdématié. Cependant l'urètre paraissait sain et souple.

L'examen microscopique ne montre pas de gonocoque

Il s'agissait d'une balanopostite à microbes banaux, « toute une flore vaginale transplantée dans un prépuce ».

Observation n° 5 (C. M. Matta, de Buenos-Ayres)

Malade sans antécédents blennorragiques. A eu un chancre il y a 12 ans. Actuellement écoulement séropurulent abondant et assez peu douloureux.

L'examen microscopique ne montre pas de gonocoque.

A l'ultra-microscope on constate la présence d'un grand nombre de tréponèmes longs, très mobiles, se mouvant en ligne droite ; spires régulières. Pas de mouvements ondulatoires. Extrémités éfilées.

Coloration de Fontana-Tribondeau : Perdent la forme en spirale et ressemblent à des filaments. Longueur : entre $9\ \mu\ 96$ et $23\ \mu\ 31$.

Traitement : par application locale de néo-salvarsan à 1 % ; injection dans l'urètre. Après la première injection les tréponèmes ont disparu. On fait encore deux injections et l'urétrite semble complètement guérie

Observation n° 6 (P. Barbellion)

M. X. A..., 25 ans. Jamais de blennorragie.

Décembre 1926. 23 jours après un rapport, 1 goutte de sang à la fin de la miction. Ni douleur, ni pollakiurie.

Sécrétion hyaline, cellules, mucus.

La goutte devient purulente : polynucléaires, pas de microbes.

Deux éjaculations sanglantes.

Mai 1927. Toujours un suintement sans microbes. Spermoculture : gonocoques rares.

Quatre grands lavages très douloureux au cours desquels cystite et épidydimite droite.

Août 1927. Spermoculture : gonocoques.

Instillations de nitrate à 1%.

3 ou 4 mois de permanganate quotidien.

Douze grands lavages au nitrate ; vacances.

Octobre 1927. Spermoculture : gonocoques.

12 séances de diathermie rectale : rectite.

Vaccination : 12 gonagone. Puis vaccins Demonchy, puis auto-vaccin et proteinothérapie (injection de lait), vacances.

Injections de gonacrine. Massage de prostate.

15 janvier 1928. Spermoculture : gonocoque.

15 janvier 1928. Je vois le malade pour la première fois. Sécrétion urétrale, filaments, sécrétion prostatique ; centrifugation de l'urine examen direct du sperme montrent : quelques leucocytes, *cristaux*, pas de microbes.

Spermoculture négative. Pas de gonocoque (quelques staphylocoques et bâtonnets courts à aspect, par endroit, diplococcique et poussant sur milieu ordinaire).

20 janvier 1928. Nouvelle spermoculture de contrôle par le D^r Debains ; résultat correspondant au mien : pas de gonocoque.

Dans les semaines suivantes, des examens répétés confirment le diagnostic. La présence des cristaux dans le sperme explique l'hémospémie.

Quelques lavages à l'albargine améliorent le malade.

La guérison vient par la suite. Les épreuves répétées de réactivation par l'alcool et par les rapports sont négatives.

Observation n° 7 (P. Barbellion)

Sujet de 20 à 25 ans, sans antécédent urinaire.

Pas d'antécédents tuberculeux, ni chez le malade, ni chez ses parents. Débuts par petite sécrétion et légers signes d'urétrite postérieure ; sensation de gêne au niveau du col vésical en fin de miction.

L'urétrite est totale : premier verre louche avec filaments ; deuxième verre louche.

Des examens répétés de sécrétion urétrale, des filaments de l'urine centrifugée, ne montrent que de très rares cocci mal déterminés ou de rares bâtonnets fins. Il n'y a pas cristaux dans l'urine. La recherche du bacille de Koch est négative. Aucun signe rénal.

Quelques lavages uréthro-vésicaux espacés, avec un antiseptique léger améliorent la situation.

Le malade suit un régime, s'absente, voyage.

A la suite d'une fatigue, danse excitation sexuelle, une épididymite se déclare.

Epididymite subaiguë peu douloureuse, prenant plusieurs jours pour arriver à un volume moyen.

Le cordon, les vésicules, la prostate sont normaux.

L'évolution est lente. Au bout de trois semaines, un mois, il reste encore un noyau sec.

Cette épididymite présente les caractères et l'évolution de l'épididymite tuberculeuse.

L'héliothérapie, le repos, le régime l'améliorent.

Observation n° 8 (P. Barbellion)

M. B..., 24 ans. Aucun antécédent blennorragique, ni tuberculeux.

Apparition d'une urétrite simple d'abord antérieure. Puis le deuxième verre est légèrement louche.

Sécrétion urétrale, sécrétion prostatique, cultures, spermocultures ne montrent que de très rares cocci indéterminés. Pas de gonocoques.

Quelques crayons à l'oxyde de zinc.

Le malade part pour huit jours. Pendant ce temps, à la suite d'absorption de champagne et de danse une épididymite se déclare, rapidement volumineuse et douloureuse.

Elle retrocède en trois semaines.

Cliniquement cette épidydimite n'avait pas l'allure tuberculeuse.

CONCLUSIONS

1° En dehors de l'infection gonococcique, de très nombreuses autres causes peuvent déterminer l'inflammation de la muqueuse urétrale. La proportion de ces urétrites non gonococciques pourrait, selon certains auteurs, être la même que celle des urétrites blennorragiques.

2° Nous avons, parmi ces urétrites, distingué des urétrites irritatives et des urétrites infectieuses. Les premières sont dues à un agent chimique irritant venu du dehors (antiseptiques, anticonceptionnels, gaz de combat) ou bien venant de l'organisme par l'intermédiaire de l'urine ou du sperme (substances toxiques médicamenteuses ou alimentaires, cristaux traumatisant la muqueuse, etc.).

3° Les uretrites infectieuses sont également de plusieurs catégories : épiphénomène au cours d'infection générale (typhoïde, grippe, oreillons, etc.) ; microbes venant du rein ou des organes génitaux (colibacille, bacille de Koch) ; infection par exaltation de virulence des saprophytes et enfin infection venant du dehors par la voie vénérienne.

4° Dans un grand nombre de cas les urétrites non gonococciques surviennent après une blennorragie, grâce

à la diminution de résistance de la muqueuse. D'autres semblent cependant tout à fait primitives.

5° L'évolution de ces urétrites est le plus souvent bénigne, exempte de complications. Certaines, néanmoins, peuvent donner lieu à des complications génitales et peuvent devenir chroniques et graves, résistant à toute thérapeutique.

6° Le seul critérium certain, permettant d'éliminer le gonocoque dans ces urétrites est la culture sur milieux différentiels, confirmée par la gono-réaction. Les caractères cliniques de l'urétrite ne peuvent fournir que des éléments de présomption.

7° L'intérêt de la distinction de ces cas-là est considérable, car le traitement de ces urétrites est différent de celui des urétrites blennorragiques et diffère également selon la cause.

Vu :

LE DOYEN.
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
F. LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — *Urétrite non gonococcique chez la femme.* Gaz. hebd. de Méd. et Chir. 1893.
- BARBELLION G. — *Etude clinique sur les infections urétrales non gonococciques.* Th. Paris, 1894.
- BARBELLION G. — *Les urétrites simples ; leur traitement.* Congrès Fr. d'Urol. 1926, p. 474.
- BARBELLION P. — *Gonocoque et pseudo-gonocoque.* Th. Paris, 1926 et Arch. d'Urol. de l'Hôp. Necker, 1926, t. V, fasc. 3.
- BARBELLION P. — *Les urétrites non gonococciques.* Journ. d'Urol., sept. 1932.
- BAISSET et POINCLOUX. — Gynéc. et Obst. 1928, n° 4.
- BOCKHART. — *Ueber die pseudo-gonorrhoeischen Entzündung der Harnrohre und der Nebenhoden.* Monatschr. f. prakt. Derm. et Syph, avril 1886.
- BOLOGNESI et REDL. — *Sur les épидидimites subaiguës et chroniques dites aspécifiques.* J. d'Urol., avril 1932.
- CANOZ M. — *Valeur pratique de la gono-réaction.* Bulletin Médical n° 1, 1933.
- DIETEL. — *Urethritis simplex und Genitalekreuz nach Anwendung antikonv. Mittel.* D. Med. Woch. 10 juillet 1931.

- DOSSOT et PALAZZOLI. — *Les urétrites chroniques*. Paris, 1932.
- ERAUD. — *Les urétrites non gonococciques*. Congrès de l'Assoc. Fr. d'Urol. 1897, p. 227.
- ERDMAN. — *Non gonococcic urethritis*. The Urolog. et Cut., Rev. oct. 1928.
- FOLSOM. — *The Female Urethra*. J. of Amer. Med. Ass. 7 nov. 1931.
- GUYON. — *Extraits des Leçons sur les maladies des voies urinaires*. Paris, 3^e édition.
- JANET. — Ass. Fr. Urol. 1897, p. 297.
- JANET. — Ass. Fr. Urol. 1922, p. 410.
- LAVENANT. — *Les urétrites à entérocoques*. J. d'Urol. 1921, t. XI, p. 109.
- LEGRAIN. — Ann. des maladies des org. gén.-ur., août 1888.
- LEGUEU et FISCH. — Monde Méd., nov. 1928.
- MARCEL. — *L'urétrite cristallurique*. Ann. Mal. Vén., nov. 1931, p. 825.
- MERCIER. — *Les urétrites d'origine rénale*. J. de l'Hôtel-Dieu de Montréal, juillet-août 1932.
- NOGUÈS. — *Des urétrites non gonococciques*. Ass. Fr. Urol., 1897, p. 227.
- V. ZUMBUSCK. — *Behandlung nicht gonorrhöischer Urethritis*. Münch. Med. Woch. 1^{er} juillet 1932.

